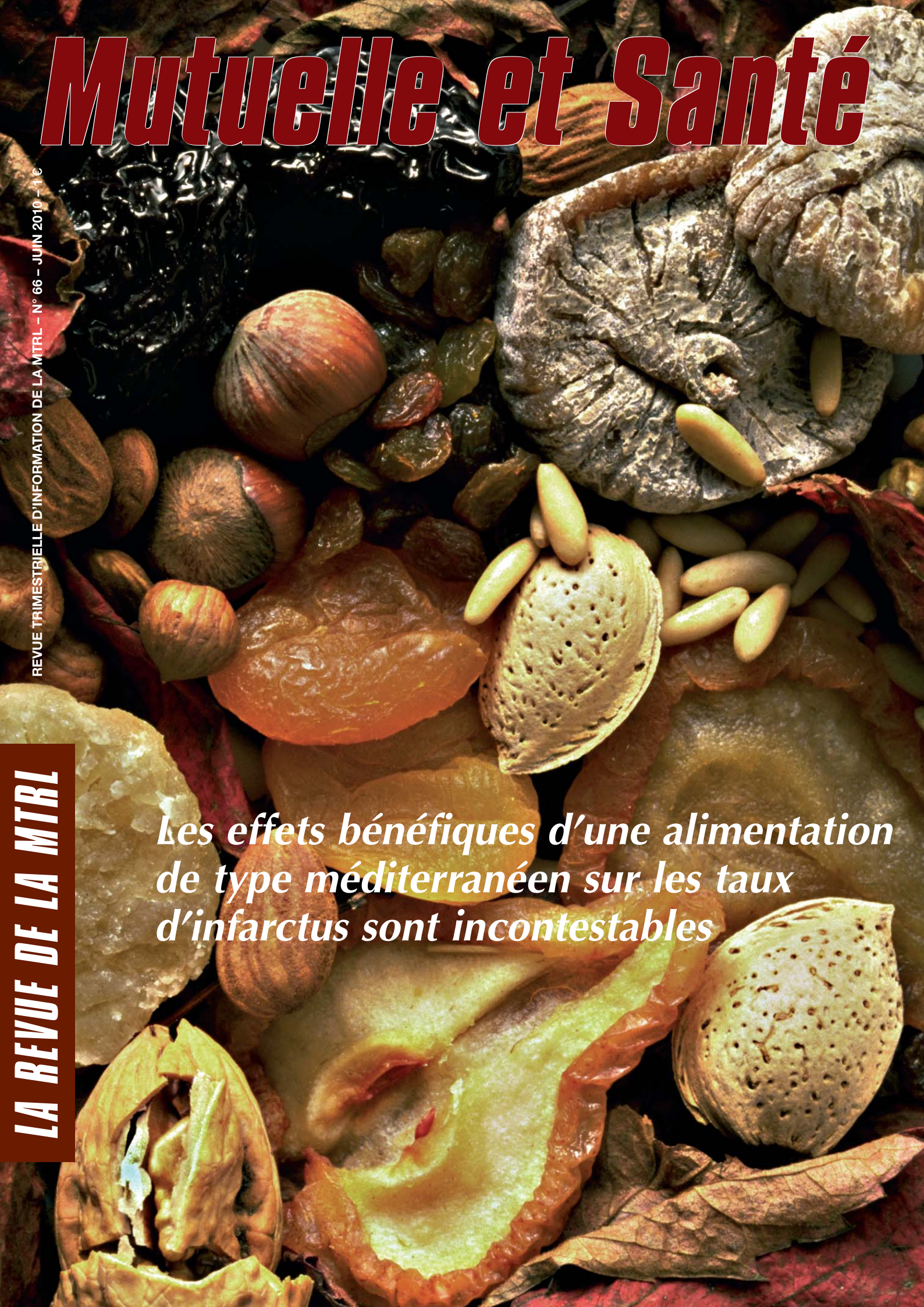
Mutuelle et Santé

REVUE TRIMESTRIELLE D'INFORMATION DE LA MTRL – N° 66 – JUIN 2010 – 1 €

LA REVUE DE LA MTRL



Les effets bénéfiques d'une alimentation de type méditerranéen sur les taux d'infarctus sont incontestables

La Revue de la MTRL
Mutuelle et Santé
n° 66

VIE DE LA MTRL
• Brèves
• Les temps forts de l'assemblée générale 2010
3

INTERVIEW
M. Alain Schmitter, directeur général des ACM
6

ZOOM
Prado : un siècle et demi d'action en faveur de l'enfance et de l'adolescence en danger
8

DOSSIER
L'Assurance maladie française et les fournisseurs des outils de dialyse
10

TRIBUNE
Soins palliatifs hospitaliers : trois valeurs à promouvoir
14

SOINS ET SANTÉ
Médicament homéopathique, mode d'emploi
16

DÉCOUVRIR
Le pédicure-podologue : un spécialiste du pied
19

SAVOIR
L'alimentation crétoise, du concept à l'assiette (1re part.)
20

CONNAÎTRE
Regards sur l'allergie
22

Avec ce numéro, un supplément MédecinDirect

La Revue de la MTRL - Mutuelle et Santé est la publication officielle de la Mutuelle de la région lyonnaise, 126-128, rue Pierre-Corneille 69421 Lyon Cedex 03
Tél. : 04 72 60 13 00. Fax : 04 72 60 13 01
N° Vert : 0 800 087 072
Internet : mtrl.fr *et* reflexe-prevention-sante.mtrl.fr
e-mail : acme6a@acm.fr *et* mtrlinficom@acm.fr
N° de CPPAP : 0412M05960.
17e année – trimestriel – juin 2010 – n° 66
Le numéro : 1 €, dans tous les bureaux et agences de la MTRL. Abonnement annuel : 4 €.
Directeur de la publication : Romain Migliorini.
Administrateur : Thierry Thévenet.
Éditeur délégué : Les Éditions du Chaland.
ISSN : 1253-921X
Impression : IMAYE Graphic, 53000 Laval.

ÉDITORIAL

Déremboursement des médicaments : toujours les mêmes artifices !

DANS LE BUT PROCLAMÉ de freiner l'augmentation des dépenses d'assurance maladie, les pouvoirs publics ont recours depuis de nombreuses années au déremboursement de médicaments, au prétexte d'un « service médical rendu » jugé faible ou insuffisant par la Haute Autorité de santé. Il s'agit d'abord et surtout de faire des économies…

Ainsi, depuis le mois d'avril, ce sont encore près de 200 remèdes qui ont vu leur taux de remboursement par la Sécurité sociale passer de 35 % à 15 % (catégorie dite « vignette orange »). Parmi ces 200 médicaments – il n'était d'abord question que de 100 mais, "par un prompt renfort, ils se virent 200 en arrivant au port" ! –, on trouve la panoplie complète : antiseptiques, antiacides, décongestionnants, vasodilatateurs, antiviraux, antirhumatismaux, tranquillisants…

Les complémentaires santé contestent depuis toujours ces pratiques puisqu'elles se traduisent automatiquement par des transferts de charges à leur détriment. Quand bien même certains organismes préconisent de ne pas rembourser les médicaments à 15 %, la MTRL les prend naturellement en charge lorsqu'ils sont prescrits médicalement. Cela signifie qu'au final nous intervenons sur 85 % de la dépense !

Pourtant, notre position est claire : si certains médicaments sont jugés insuffisamment efficaces, il faut tout simplement les sortir de la nomenclature afin que soient prescrites des spécialités pharmaceutiques rendant le service médical attendu. Et non recourir à des artifices tels qu'un taux dérisoire de 15 %.

En définitive, c'est tout l'enjeu de la prise en charge de médicaments qualifiés – un peu dédaigneusement – de « confort » qui est posé. Chacun a bien compris que l'Assurance maladie veut continuer à réduire le champ de son intervention dans le domaine du médicament, en laissant seuls, en tête à tête, complémentaires santé et assurés. Et, comme l'argent des premières n'est jamais que celui de leurs adhérents, cela ne sort pas de la famille !

Le président,
Romain Migliorini

Inauguration de la nouvelle agence MTRL de Villeurbanne

Vous avez été informés, dans le dernier numéro de la revue, que la MTRL a récemment déménagé son agence de Villeurbanne pour l'installer dans de nouveaux locaux en cœur de ville (41, rue Paul-Verlaine), très centraux et beaucoup mieux configurés.

L'inauguration de ce nouveau site s'est déroulée ce jeudi 3 juin. A cette occasion, la MTRL avait l'honneur d'accueillir M. Jean-Paul Bret, maire de Villeurbanne. La manifestation réunissait également les administrateurs de la MTRL, des présidents et directeurs de caisses de Crédit Mutuel (dont M. Gérard Cormorèche, administrateur MTRL et également président de la Fédération du Crédit Mutuel du Sud-Est) et du CIC-Lyonnaise de Banque, des représentants d'entreprises en contrats groupes et le personnel de la Mutuelle.

Le président Romain Migliorini a souligné l'importance pour la MTRL d'être implantée, à Villeurbanne, « au cœur du centre-ville, la seconde du département » en rappelant que la Mutuelle disposait d'une agence villeurbannaise depuis près de 40 ans. « Cette nouvelle agence, parfaitement située, accueillante et innovante va nous permettre de recevoir adhérents et visiteurs dans les meilleures conditions », a insisté avec satisfaction le président de la MTRL.

M. Jean-Paul Bret, pour sa part, s'est réjoui de l'ouverture d'un nouvel espace mutualiste au service des Villeurbannais. Il a évoqué le parcours dynamique de la MTRL « de longue date présente dans notre ville » et sa force de groupe. Il a ensuite rappelé son attachement à l'économie sociale et aux valeurs mutualistes.

Pour clore cette rencontre amicale, un apéritif a été proposé aux invités et participants.

Vive le sport

La MTRL est attachée à la promotion du sport, particulièrement pour les jeunes. C'est dans cet esprit que la Mutuelle parraine des équipes de sport collectif, notamment en Bourgogne.

Déjà partenaire de clubs de rugby pour des jeunes, du Creusot et de Mâcon, et de football à Louhans-Châteaurenaud, la MTRL sponsorise également les équipes de handball (10-14 ans) de Cuiseaux (71). Un encouragement en faveur d'un sport collectif très complet et très formateur, qui souffre pourtant d'un manque de reconnaissance dans le grand public malgré que les équipes de France, filles et garçons, connaissent la gloire dans les rencontres internationales.

Les temps forts de l'assemblée générale 2010

Accueillant les nombreux participants à cette assemblée, le président Romain Migliorini a rappelé que cette édition 2010 marquait le 45e anniversaire de la création de la MTRL et le 5e anniversaire du partenariat entre les ACM et la MTRL. Un double temps fort qui témoigne des atouts historiques de la MTRL et des « valeurs communes qui contribuent aujourd'hui à la réussite de notre partenariat avec les ACM, 7e groupe d'assurances de personnes en France ».

Dans un contexte économique qui demeure incertain, la solidité de la MTRL et notre force de groupe constituent un gage de pérennité pour l'avenir.

Rapport de gestion

Dans ce contexte, le rapport de gestion de l'exercice 2009 souligne la qualité de la situation financière de notre mutuelle, confirmant et consolidant les bons chiffres des années précédentes.

M. Didier Faure, trésorier de la MTRL, a commenté ce rapport financier en indiquant que les prestations versées restaient en hausse par rapport à 2008, cette hausse concernant une nouvelle fois les actes médicaux sujets à dépassements d'honoraires, les dépenses d'hospitalisation, les travaux dentaires, les achats optiques… Dans le même temps, la bonne évolution des ressources contribue à la « bonne santé de la Mutuelle ». Cette hausse des ressources s'explique par le développement de notre activité et plus particulièrement la hausse du nombre de contrats (+ 7,3 %) et le succès croissant de Réflexe Prévention Santé.

M. Faure a également précisé que les frais de gestion de la MTRL, hors contribution CMU, étaient en baisse de 6,9 %. Toutefois, la hausse de la contribution CMU au 1er janvier 2009 (relevée de 2,5 % à 5,9 % des cotisations) impacte les frais de gestion de telle manière qu'elle en représente aujourd'hui plus du tiers (36 %) ! Pourquoi s'arrêter en si bon chemin…

M. Faure puis le président Migliorini ont conjointement insisté sur l'atout que représente la réassurance de la MTRL par les ACM : « Ce partenariat et cette réassurance nous permettent de disposer d'une force de groupe, de stabiliser nos résultats et de répondre en toute sécurité aux obligations réglementaires et financières et de dynamiser notre activité. »

M. Faure souligne également la bonne tenue de nos produits financiers, précisant que « plus des 2/3 de nos placements sont des produits à taux fixes et donc peu sensibles à l'aléa des marchés ». Au final, les fonds mutualistes et réserves sont renforcés et consolidés par l'affectation du résultat de l'exercice 2009. Le rapport du cabinet Ancette, commissaires aux comptes, confirme et approuve l'ensemble du rapport de gestion.

Dans une intervention de synthèse, le président Migliorini déplore que « l'augmentation des dépenses de santé s'effectue à la charge principalement des organismes complémentaires sans que ces derniers soient associés aux décisions ou discussions sur les tarifs ou conventions ». « A peine 2,5 % du total des dépenses de santé sont consacrés à la prévention », ajoute-t-il.

M. Daniel Lauthelier, administrateur, illustrera ensuite par divers chiffres la hausse des dépenses d'assurance maladie : 4,4 % en 2008 et 4,5 % en 2009, soit + 9 % en deux ans, dénonçant l'impact des décisions prises par les pouvoirs publics en 2010, qui pèsent sur notre activité (hausse du forfait hospitalier de 16 à 18 €, déclassement de médicaments à 15 %, relèvement d'encore 1 % de la contribution obligatoire CMU, qui atteint maintenant 6,9 % des cotisations), mesures destinées à contribuer au financement du dispositif démesuré mis en place pour lutter contre la grippe H1N1 et qui a coûté plus de 670 millions d'euros !

L'activité de la MTRL

Le président Migliorini aborde ensuite le bilan d'activité de la Mutuelle, que présente M. Lazarus, responsable des activités santé aux ACM : la Mutuelle a poursuivi son développement, enregistrant de nouvelles adhésions (santé, prévoyance, assurance…) ; plus de 500 000 dossiers ont été traités ; la

plate-forme téléphonique Tel Santé N° Vert est de mieux en mieux utilisée par les adhérents (plus de 122 000 appels reçus en 2008 et un taux de réponse supérieur à 93 %).

La Carte Bancaire Avance Santé, service exclusif et généralisé en place depuis quatre ans, est de plus en plus utilisée et appréciée des adhérents. Elle permet de bénéficier de la dispense d'avance de trésorerie chez tous les professionnels de santé acceptant le paiement par carte bancaire.

Un nouveau service, Tel Santé Conseil, est accessible par la plate-forme Tel Santé ; il permet de conseiller les adhérents face à des dépenses dentaires et optiques.

Le président Migliorini évoque également le développement et le plan d'action souhaité pour nos implantations en Bourgogne depuis l'intégration des Mutuelle Familiale 71 (avec ses agences du Creusot, Montceau-les-Mines, Louhans et Cuiseaux) et MEGAM (Mâcon), informations longuement détaillées l'an dernier.

Plusieurs spots vidéos sont proposés au public, présentant les bureaux MTRL de Mâcon, Paris, Lyon-Servient et la nouvelle agence de Villeurbanne, implantée au cœur de ville.

M. Thierry Thévenet, responsable du développement MTRL, intervient ensuite pour commenter l'activité de la MTRL dans le domaine des contrats collectifs. La MTRL est en effet partenaire de plusieurs centaines d'entreprises (parfois depuis plus de 30 ans !) et s'est particulièrement investie dans la prise en compte des nouvelles dispositions (dites « Loi Fillon ») en faveur des contrats obligatoires, nécessitant un travail de conseil et une adaptation des cadres contractuels existants.

Grâce à sa force de groupe, la MTRL a également été sollicitée sur de nombreux projets et opportunités de développement. Des spots vidéo permettent de présenter deux entreprises en contrats groupes : RESMED et l'Association Prado Rhône-Alpes.

Réflexe Prévention Santé

Le président informe les adhérents du développement rapide de Réflexe Prévention Santé, contrat dédié aux médecines complémentaires (ostéopathie, chiropractie, étiopathie, homéopathie, acupuncture). Plus de 40 000 adhésions témoignent du succès de ce contrat innovant. Réflexe Prévention Santé bénéficie désormais de l'ajout, sans surcoût, de deux nouvelles prestations intégrées à son forfait de 40 €/an : la mésothérapie et la podologie/pédicurie.

La MTRL acteur de prévention

En charge de la politique de prévention promue par le groupe, la MTRL est particulièrement active dans le dialogue avec les professions de santé.

Pour répondre aux inquiétudes exprimées par Mme Elisabeth Mounier, administrateur, lors de son intervention, à propos de la fiabilité des très nombreux sites Internet dédiés à la santé ainsi qu'au développement de la commercialisation des médicaments sur le Net et du risque important de contrefaçons, le président Migliorini a présenté MédecinDirect (avec projection d'une vidéo), dont le site Internet est accessible depuis le site mtrl.fr et qui permet de dialoguer avec des médecins dans une démarche d'information et de conseil, sous forme de questions/réponses. Un service gratuit pour les adhérents, pris en charge par la Mutuelle.

MTRL/ACM : des valeurs communes

A l'occasion de ce double anniversaire (les 45 ans de la MTRL et les 5 ans du partenariat avec les ACM), M. Gérard Cormorèche, administrateur MTRL et président de la Fédération du Crédit Mutuel du Sud-Est, a tenu à souligner les liens historiques et convergents qui ont toujours uni la Mutuelle et le Groupe Crédit Mutuel.

La MTRL fut à l'origine de la création des premières caisses de la banque mutualiste à Lyon, en 1969. La MTRL et le groupe partagent des valeurs communes, et le partenariat MTRL/ACM est un engagement complémentaire et de confiance.

Le vote des résolutions

Comme chaque année, les adhérents de la MTRL étaient appelés à voter les résolutions soumises à l'assemblée générale. Il y en avait cinq ; toutes ont été adoptées avec plus de 85 % d'approbations.

Avant de clore cette assemblée générale, le président a remis la médaille de la MTRL à M. Raymond Panay, adhérent depuis 1965, et à M. Alain Schmitter, directeur général des ACM.

Les participants ont pu ensuite assister à une conférence de santé sur le thème « L'homéopathie : le respect de votre santé », animée par les docteurs Christelle Charvet, gynécologue homéopathe, et Jean-Louis Masson, médecin homéopathe.

M. Alain Schmitter, répond aux questions de la

En 2005, la MTRL a rejoint le Groupe des Assurances du Crédit Mutuel, professionnels, entreprises et associations. Créées il y a 40 ans à l'initiative pour 7,3 millions d'assurés. Dans le domaine de la complémentaire santé,

Les ACM et la MTRL célèbrent cette année le cinquième anniversaire de leur partenariat. Pouvez-vous nous rappeler l'origine de ce rapprochement ?

Alain Schmitter. – En réalité, le dialogue avec la MTRL s'était engagé bien avant que ces accords ne soient effectivement signés. En 1993, lorsque j'ai rencontré Romain Migliorini, président fondateur de la MTRL, il était également vice-président du Crédit Mutuel Sud-Est depuis de nombreuses années. Cette fédération envisageait alors de se rapprocher de celle de Strasbourg, et nous avons commencé à étudier les possibilités de travailler ensemble pour développer la bancassurance sur la région lyonnaise. Les ACM et la MTRL se rejoignaient dans leurs ambitions visant à défendre l'accès aux soins pour tous dans les meilleures conditions et à développer la prévention. Mais, à cette époque, le code de la Mutualité n'autorisait pas la concrétisation d'accords entre une compagnie d'assurance et une mutuelle. C'est devenu possible en 2002, et nous avons dès lors étudié un rapprochement concret.

Comment le partenariat a-t-il progressivement pris forme ?

A. S. – Les échanges entre les ACM et la MTRL se sont multipliés. Cette mutuelle possédait de nombreux atouts et une expérience dans le domaine de la santé que les ACM n'avaient pas, notamment sa collaboration étroite avec les professionnels de santé et son expérience en termes de prévention. Nous avons bien sûr examiné les comptes de la mutuelle, visité les locaux, étudié les pistes de développement. La MTRL présentait une activité dynamique, une bonne implantation régionale, un bilan solide ainsi que des finances parfaitement saines. En 2004, nous avons décidé de nouer un partenariat de réassurance des contrats de la MTRL par les ACM et établi une convention à travers laquelle la mutuelle serait chargée de développer la politique de prévention dans le Groupe. Ces accords ont pris effet le 1er janvier 2005.

Quelles perspectives nouvelles les ACM pouvaient-elles alors offrir à la MTRL ?

A. S. – Ce partenariat devait permettre à la MTRL de disposer de nouveaux moyens pour poursuivre son action et continuer à se développer. L'assise financière de notre Groupe est un gage de solidité pour ses adhérents, qui bénéficient désormais de toute la logistique des ACM. Nos outils informatiques et nos services permettent d'offrir des prestations rapides et de qualité aux adhérents. La carte CB Avance Santé, par exemple, leur évite l'avance des frais chez tous les professionnels de santé. Nous sommes les seuls à proposer ce service innovant, qui a été utilisé au moins une fois dans toutes les pharmacies de France en 2009. Les plates-formes téléphoniques Telsanté et Telsanté Conseil accompagnent les adhérents dans leurs démarches, répondent à leurs questions pratiques et les aident dans leurs choix en prestations optique et dentaire. Outre les complémentaires santé et la prévoyance, les adhérents de la MTRL ont aussi accès à la gamme de contrats d'assurance automobile et d'assurance habitation des ACM, premier bancassureur dommages du marché français.

Dans le même ordre d'idées, qu'apporte la MTRL aux ACM, et souhaiteriez-vous lui voir jouer un rôle différent du sien actuellement ?

A. S. – La MTRL remplit parfaitement son rôle dans le cadre de notre partenariat, et je souhaite que ses actions se prolongent et s'amplifient. En tant que pôle mutualiste des ACM, elle est en charge de la politique de prévention, des relations avec les professionnels de santé et du dialogue avec les autres mutuelles. Grâce à sa revue *Mutuelle et Santé*, aux conférences santé qu'elle organise régulièrement avec des spécialistes de renom et à la participation régulière de son président à des événements

directeur général des ACM, rédaction de *Mutuelle et Santé*

qui conçoit et gère des gammes complètes d'assurances destinées aux particuliers,

du Crédit Mutuel, les ACM gèrent aujourd'hui 21,4 millions de contrats d'assurance

plus d'un million de personnes sont protégées par un contrat ACM

nationaux, nous sommes des acteurs très présents et engagés dans les initiatives autour de la prévention. Ensemble, nous avons développé le contrat Réflexe Prévention Santé qui offre des prestations en dehors du périmètre d'intervention de la Sécurité sociale, axées notamment sur les médecines alternatives et l'accompagnement diététique. Nous avons été les premiers, en 2007, à proposer et à défendre avec les professionnels concernés un bilan personnalisé en pharmacie. Le nouveau service MédecinDirect, agréé par l'Ordre national des médecins, qui se met en place actuellement, est également issu de nos démarches communes.

Au terme des cinq années écoulées, quel bilan tirez-vous de ce partenariat ?

A. S. – Cette collaboration étroite a pérennisé l'identité de la MTRL et ses engagements vis-à-vis de ses adhérents, particuliers comme entreprises. Elle a également permis à la MTRL d'étendre son réseau de proximité par le rapprochement avec des mutuelles régionales que la force de notre Groupe a convaincues : en Bourgogne, l'ancienne Mutuelle Familiale 71 et, plus récemment, l'ancienne mutuelle mâconnaise Megam. Par ailleurs, les clients du Crédit Mutuel et du CIC, qui sont nombreux à être assurés aux ACM, bénéficient des actions de la MTRL en faveur de la prévention, d'une part à travers le contrat Réflexe Prévention Santé qui leur est proposé dans ces réseaux, avec le service de la revue trimestrielle de la Mutuelle, d'autre part grâce aux conférences santé auxquelles ils sont régulièrement conviés, qui sont autant d'occasions de rencontre et de dialogue.

Pouvez-vous nous dire quelles sont les ambitions communes que vous aimeriez voir se réaliser ?

A. S. – Dans le prolongement de ce que nous avons fait ensemble au cours des cinq années passées, nous continuerons à mettre en œuvre et à développer des actions originales dans le domaine de la prévention, la qualité de l'information sur la santé étant une condition essentielle pour responsabiliser le comportement de nos adhérents et pour en inciter d'autres à nous rejoindre. Nous sommes en permanence à l'écoute des besoins, car nous considérons la pratique médicale comme un tout, avec lucidité et rigueur, mais sans a priori, en nous appuyant en toute occasion sur les professionnels de santé dans une relation cordiale mais exigeante. Votre revue en porte témoignage, relayée par le site internet de la MTRL qui sera enrichi prochainement d'autres fonctionnalités. Nous étudierons également, avec Romain Migliorini, toutes les opportunités de nouveaux rapprochements de mutuelles locales avec la MTRL, afin de continuer à élargir son réseau de proximité et accélérer son développement.

Nous ne nous interdirons enfin aucune initiative vis-à-vis des pouvoirs publics ou des organisations représentatives des professionnels de santé pour défendre les intérêts des complémentaires santé, trop souvent mises à contribution ces derniers temps sans qu'on leur ait concédé, en retour, l'écoute qu'elles méritent pour le concours qu'elles apportent à notre système de santé.

Un siècle et demi de l'enfance et de

L'Association Prado Rhône-Alpes est une des plus vieilles

d'octobre à décembre prochain, elle fêtera le 150e anniversaire du Prado,

Il n'y a pas une histoire mais des histoires du Prado. Sous ce nom « le Prado », on trouve en effet deux organisations : d'une part, une société de prêtres menant des activités religieuses et, d'autre part, une association laïque adossée à une fondation reconnue d'utilité publique, dont l'objet est de s'occuper d'enfants, de jeunes gens et d'adultes en difficulté. Ces deux organisations partagent une origine commune, située à Lyon, il y a maintenant 150 ans.

Sous le second Empire déjà…

Le 10 décembre 1860, le père Antoine Chevrier ouvrait à la Guillotière, un faubourg de Lyon, un lieu pour accueillir des jeunes gens pauvres et leur dispenser une éducation morale et religieuse, ainsi que des rudiments scolaires. C'était le Prado, une œuvre qui s'inscrivait dans le grand mouvement d'éducation des enfants pauvres et en danger, initié depuis le début du XIXe siècle par des philanthropes et des pédagogues.

Depuis 150 ans donc, des prêtres puis des laïcs se sont appliqués à continuer cette œuvre d'éducation. Le Prado a évolué et s'est transformé au fil des années. En 1943 est créée l'Association de la Providence du Prado, dont la mission de base : accueillir, héberger, soigner, éduquer, former et insérer, reste d'actualité. En 1950 est créée une fondation reconnue d'utilité publique, la Fondation du Prado, qui vient garantir la pérennité et le développement de la mission.

Devenue « Prado Rhône-Alpes » en 1995, l'association gère désormais 19 établissements et services implantés dans six départements (Rhône, Ain, Isère, Ardèche, Loire, Allier). Ces établissements interviennent dans le domaine de la protection de l'enfance, de la protection judiciaire de la jeunesse ainsi que dans le champ de l'enfance handicapée. Ils prennent en charge chaque année environ 1 000 enfants et adolescents fragilisés, victimes de maltraitance, en souffrance sociale ou psychologique ou en prise avec un environnement délinquant. Ces mineurs sont confiés par des services de l'État, par l'Aide sociale à l'enfance (Conseils généraux de l'Ain, du Rhône et de l'Isère), par la Protection judiciaire de la jeunesse (ministère de la Justice) ou par la Maison départementale de la personne handicapée (MDPH) du Rhône.

L'Association Prado Rhône-Alpes s'est donné comme mission fondamentale de permettre à chacun, enfants, adolescents et jeunes adultes accueillis dans ses structures, de s'insérer socialement et professionnellement dans la société. Le Prado est organisé autour de deux structures juridiques.

10 décembre 2010, les 150 ans du Prado

A cette occasion, l'association a tenu à organiser diverses manifestations pour rappeler le chemin parcouru, mais également pour s'interroger sur les problématiques actuelles qui traversent le secteur de l'action sociale. L'association est riche d'une expérience et d'un savoir-faire plus que centenaires. C'est cette diversité de situations rencontrées et cette détermination sans cesse renouvelée à travailler à l'insertion de la jeunesse dans une société toujours en mouvement que l'association souhaite mettre en lumière lors de cet anniversaire.

d'action en faveur l'adolescence en danger

associations lyonnaises s'intéressant à l'enfance et à l'adolescence en difficulté ;

fondé en 1860, à Lyon, par le père Antoine Chevrier

Un colloque, des soirées débats et des projections débats seront les temps forts de ce cent-cinquantenaire, sans oublier bien sûr la célébration de l'anniversaire à proprement parler qui se déroulera le 10 décembre 2010 dans les grands salons de l'Hôtel du département du Conseil général du Rhône.

Un colloque

La question de l'enfance et de l'adolescence en difficulté n'a cessé d'interroger la société depuis maintenant près de deux siècles. Un mouvement constant de balancier entre le répressif et l'éducatif jalonne cette histoire, qui ne cesse de bégayer. L'Association Prado Rhône-Alpes a saisi l'occasion de cet anniversaire pour organiser un colloque les 7 et 8 octobre 2010 à Espace de l'Ouest lyonnais (Lyon 5e). Ce colloque, dont le thème est « *Accompagner l'enfance et l'adolescence en difficulté : nouveaux enjeux et pratiques émergentes* », a pour but de s'arrêter sur les enjeux et les perspectives actuels qui se cristallisent autour d'une question essentielle : comment accompagner au mieux les enfants et les adolescents qui nous sont confiés ? Et de son corollaire : comment les professionnels travaillent-ils avec ces jeunes, en prenant en compte leurs difficultés et leur potentiel ? En privilégiant une approche pluridisciplinaire portée à la fois par des universitaires et des professionnels du secteur, ce colloque vise à montrer que la protection de l'enfance est bien l'affaire de tous. Sociologues, historiens ou encore psychologues proposeront leurs analyses, leurs visions de cette problématique.

Deux soirées débats

Ouvertes à tout public, ces soirées de discussion se tiendront le 9 novembre dans un lieu qu'il nous reste à déterminer et le 25 novembre dans les locaux du Collège coopératif (Lyon 9e).

La soirée du 9 novembre sera consacrée à « *L'actualité de la pensée et des valeurs du père Chevrier* ». Devenu pour certains « un fondateur d'action sociale », le père Antoine Chevrier est aussi un pédagogue qui a pratiqué cet art difficile de « conduire les enfants ». C'est une réflexion sur les intuitions et les valeurs du prêtre de la Guillotière et leurs prolongements dans notre modernité que nous proposons lors de cette soirée.

La soirée du 25 novembre sera consacrée aux « *Repères déontologiques* ». Dans le cadre de son projet associatif, l'association Prado Rhône Alpes a souhaité engager une réflexion sur les repères déontologiques et l'éthique. Cette réflexion s'appuiera sur les travaux d'un groupe de réflexion qui sera accompagné par un intervenant du Collège coopératif Rhône-Alpes. Cette soirée sera l'occasion d'une restitution de ces travaux et permettra d'interroger et de commenter les productions du groupe de travail.

Des projections débats

L'objectif ici est de réunir les salariés (actuels et anciens), les partenaires, les amis, le voisinage, dans les établissements et services de l'association, pour la projection d'un documentaire TV « Enfances difficiles, affaire d'État », qui a été tourné en partie dans trois établissements du Prado. Ces projections seront suivies par un moment de parole, de questions, de débat, en présence d'Adrien Rivollier, réalisateur du documentaire.

Par une double approche historique et contemporaine, le réalisateur interroge la manière dont, au fil du temps, les évolutions des pratiques culturelles, du statut de l'enfant, de la famille et des codes éducatifs ont poussé les pouvoirs publics à adapter leurs réponses à l'enfance en difficulté. Un documentaire qui raconte l'histoire de la protection de l'enfance pour mieux en comprendre les enjeux actuels et les défis à venir. Ce documentaire sera diffusé entre juin et décembre 2010 sur Planète Justice, KTO et Lyon TV.

Pour plus d'informations
Site Web du 150e anniversaire du Prado : www.150ansduprado.fr
Site Web de l'Association Prado Rhône-Alpes : www.prado.asso.fr
Contact : info@150ansduprado.fr
Association Prado Rhône-Alpes - Direction générale, 200 rue du Prado 69270 Fontaines-Saint-Martin
Tél. : 04 72 42 11 22

L'Assurance maladie pour les fournisseurs

La France compte une centaine de milliers de dialysés. Ceux-ci, pour la plupart, sont traités en centres spécialisés (UMD, UAD…), où ils subissent, tous les deux jours, une séance de dialyse de 3, 5 voire 6 heures. Une partie d'entre eux se dialysent eux-mêmes, à domicile. Ces séances représentent donc, pour 156 dialyses, un coût total d'environ 400 millions d'euros par an. C'est donc un poste important pour l'Assurance maladie, qui mérite d'être analysé. Mais, avant toute analyse, et sur le plan purement médical, il convient d'interpeller les néphrologues sur deux thèmes : le « protocole » de dialyse et la relation néphrologue-patient.

Néphrologues, entendez-vous et expliquez-nous !

Nombre de dialysés se déplacent, malgré l'exigence de dialyse régulière, et se présentent donc dans des centres différents de celui où ils sont habituellement dialysés ou, du moins, auquel ils sont rattachés pour contrôle. Or que constatent-ils ? Dans un centre, on ne peut pas retirer plus de 600 g d'eau par heure ; dans un autre, aucune limite de cet ordre. Dans tel centre, la vitesse du générateur est strictement limitée à 250 tours ; dans d'autres à 300. Bien entendu, les durées de dialyse sont en proportion.

Nos néphrologues ne pourraient-ils pas se réunir une bonne fois pour définir, à partir d'études concrètes, un protocole de dialyse qui soit généralisé, au moins par type de patient. Ne devraient-ils pas, notamment, s'entendre, entre scientifiques, sur la base de centaines de cas concrets, pour que les dialyses soient les plus courtes possible. On a peine à croire ceux qui disent que les patients apprécient de se retrouver longuement en centre, entourés d'attentions et de sympathie… A tout prendre, 3 heures ou 3 h 30 de dialyse sont certainement plus appréciées que 4 ou 5 heures !

Par ailleurs, même si la médecine a bien évolué depuis Molière, nombre de praticiens se comportent encore comme les Diafoirus du *Malade imaginaire*. Comme je me suis permis de l'écrire dans un article récent, le premier artisan de sa bonne santé, sous le contrôle de l'ingénieur qu'est le médecin, c'est le patient lui-même ; et il l'est d'autant plus qu'on lui a clairement expliqué le mal dont il souffre et les thérapies ad hoc. Tout insuffisant rénal qui entre en dialyse devrait, durant au moins une journée, recevoir une explication claire sur sa pathologie et sur la dialyse. Si le médecin sait se mettre à portée, il n'est pas nécessaire d'être agrégé ou ingénieur pour comprendre.

Tentative de calcul du coût et de la marge des centres dispensateurs

Entrons maintenant dans l'économie de la dialyse à proprement parler. D'abord un constat ! Comme l'expose fort justement M. Régis Volle dans le n° 119 de *la Revue de la FNAIR*, le forfait de base pour la dialyse en Allemagne est de 187 €. En France, c'est 200 € pour la dialyse à domicile, 226 € en Unité d'autodialyse (UAD) et 267 € en Unité de dialyse médicalisée (UDM), allant jusqu'à 300 € pour les malades les plus lourds. Disons, en moyenne, 245 €.

Question : les dialysés allemands sont-ils moins bien traités ? La mortalité chez les dialysés d'outre-Rhin est-elle plus élevée ? Je ne le pense pas ! Il paraît donc utile de tenter une approche par les coûts. Nous allons balayer successivement : le coût du local, le salaire des infirmières – en principe une infirmière pour 5 dialysés –, le salaire de l'encadrement médical et des administratifs, l'eau et l'énergie, les consommables et l'amortissement des générateurs.

- *Loyers*

Nous prendrons un loyer commercial moyen de 50 € le m^2 mensuel, soit pour un malade dont le lit occupe 10 m^2 un loyer de 500 € par mois ; donc, pour 13 dialyses, comptons

Séance de dialyse en UAD (Unité d'autodialyse).

française est généreuse des outils de dialyse

40 € par dialyse. Compte tenu de la méthode d'évaluation à partir des loyers commerciaux, on peut estimer que ce loyer comporte aussi celui du mobilier (lit, tables, fluides).

● *Salaire des infirmières*

Nous prendrons un salaire mensuel moyen de 2 000 €, soit, avec les cotisations sociales, 3 000 € ; donc **46 €** par dialyse.

● *Salaire des médecins d'encadrement*

Prenons un salaire moyen de 5 500 €, soit 8 250 € par mois avec les charges. Considérons qu'il faut trois médecins pour une centaine de malades traités, donc 24 750 € pour 1 300 dialyses, en supposant qu'ils « surveillent » aussi les dialysés à domicile, donc **20 €** par dialyse. Il se trouve que c'est pratiquement ce que les médecins facturent à l'Assurance maladie pour chaque dialyse quand ils travaillent en libéral.

● *Salaire des administratifs*

Les chiffres suivants sont tirés des comptes d'une structure associative régionale à plusieurs centres, employant donc des salariés dans les centres de dialyse proprement dits et au siège de l'association.

Au centre de dialyse, trois administratifs et trois techniciens pour un salaire moyen de 1 700 € mensuel, soit 2 550 € avec charges. Cela correspond, pour une centaine de patients, car ils administrent et « maintiennent » techniquement les patients à domicile et les patients en centre, à une masse salariale de 15 500 € pour 1 300 dialyses mensuelles, soit 12 € par dialyse.

Au siège, y compris la pharmacie centrale, on dénombre 40 personnes (pharmacien, préparatrices et administratifs, techniciens centraux), que l'on comptera, en moyenne, à 1 700 €, soit 2 550 € avec charges, mais réparties cette fois pour 680 patients à 13 dialyses mensuelles ; donc 8 840 dialyses, soit **11,50 €** par dialyse.

Le tableau suivant présente les chiffres de consommation en eau et électricité pour une dialyse à domicile

Minicentrale	Nombre mensuel	Consommation d'eau	Total litres d'eau	Consommation électrique	Total en kW
Régénérations/ désinfections	4	130	520	0,7	2,8
Générateur	**Durée par dialyse**	**Consommation d'eau**	**Total litres d'eau**	**Consommation électrique**	**Total en kW**
Temps de désinf./ rinçage	1	84	1 092	2,6	33,8
Temps de dialyse	4	72	3 744	2	104
Temps de désinf. thermochim.	1	84	1 092	2,6	33,8
Interventions techniques	**Nombre mensuel**	**Consommation d'eau**	**Total litres d'eau**	**Consommation électrique**	**Total en kW**
Nbre d'interventions mensuelles	2				
Durée	2	72	288	1,9	7,6
Total consommation pour 13 dialyses			Litres d'eau 6 736		Nbre de kW 182
Prix du m3 d'eau = **3 €**			20,10 €		
Prix du kW = **0,13 €**					23,66 €
Coût réel mensuel	**43,80 €**				

● *Eau et énergie*

Pour une dialyse en centre, nous ne prendrons évidemment pas les coûts relatifs à la minicentrale, coûts de fonctionnement qui sont inclus dans les consommables. Selon le tableau ci-dessus, on voit donc que les consommations en centre, pour la seule génératrice, sont, pour l'eau, de 6 200 l (6,2 m^3) et pour l'électricité de 180 kW. Aux tarifs indiqués, le coût de l'eau et de l'énergie pour une dialyse en centre serait de **42 €** (18,6 et 23,3).

● *Consommables*

Les calculs sont fondés sur le tableau joint des prix des consommables. Ces prix devront faire l'objet, plus loin, d'une analyse critique. Le total de ces coûts, y compris le traitement de l'eau, est d'environ 65 € par dialyse. En retirant de ces 65 € les trois quarts de l'érythropoïétine (car tous les dialysés n'en reçoivent pas une dose à chaque dialyse), le poste générateur repris en amortissement plus loin, on ne retient donc que **52 €**.

● *Amortissement du générateur*

Le coût d'un générateur est de 27 000 €. Sa durée d'amortissement est de 10 ans. Il est utilisé, en centre, pour deux patients par jour au moins, mais deux patients cinq jours par semaine, donc 1 560 dialyses pour quatre patients. L'amortissement par dialyse serait donc de 4,30 €. Nous prendrons **4,50 €** par dialyse pour tenir compte de l'obsolescence, certains centres amortissant sur 7 ans. On notera que ce chiffre est supérieur à celui retenu dans le tableau des consommables.

Le total des cinq postes de coûts est de **230 €** arrondi par excès, car il est probable que le coût de l'énergie en centre est inférieur au coût pour un particulier ici pris comme référence, probable aussi que le vrai coût d'un générateur acheté en plusieurs exemplaires par un centre est inférieur à 27 000 €.

Le tarif de l'Assurance maladie est, on l'a vu plus haut, de 267 € pour l'UMD (où le coût est certainement plus élevé) et de 226 € pour l'UAD. On peut donc en conclure que la marge moyenne est de l'ordre de 13 € par dialyse, par rapport à un remboursement moyen, en centre, de 245 €, soit 5,3 %. Il ne s'agit pas d'une rentabilité forte. Mais, si cette structure de coût est représentative, comment s'explique la multiplication des centres privés ? Il y a, bien sûr, une demande croissante. Cependant – pont-aux-ânes des étudiants en première année d'économie –, l'offre ne suivrait pas si le prix était inférieur au coût !

Plusieurs réponses sont possibles. Certains des coûts des centres associatifs seraient systématiquement plus élevés que ceux du privé. Tel est probablement le cas des coûts salariaux des infirmières, leur nombre par patient pouvant être plus élevé : une infirmière pour six dialyses, par exemple. De même, le nombre d'administratifs et techniciens : peut-être quatre dans un centre privé, au lieu de six. De manière générale, le coût d'achat des générateurs est certainement plus faible à l'unité.

Une autre explication éventuelle : nombre de centres privés sont gérés par des fournisseurs de matériel ; Brown en gère une quinzaine en France ; Fresenius encore plus. Ces groupes ont, comme leurs semblables, tout loisir de « loger » leurs bénéfices où bon leur semble, notamment, mais pas seulement, pour des raisons fiscales. Rien ne les empêche de mettre les générateurs gratuitement à disposition de « leurs » centres et de capitaliser sur les dialyses. Leurs coûts sont donc à géométrie fort variable.

Toutefois, si nous sommes parvenus à comparer les coûts à peu près réels au tarif de remboursement, cette comparaison n'explique pas la différence de remboursement par l'Assurance maladie entre la France et l'Allemagne. Voyons donc ce que coûte l'autodialyse à domicile.

L'autodialyse à domicile

L'Assurance maladie la rembourse 199 €. Nous sommes déjà plus près du tarif allemand, même si celui-ci est toujours légèrement inférieur. Pour comparer au coût de la dialyse en centre calculé plus haut, soit 230 €, il faut retrancher le salaire des infirmières et le loyer, soit à peu près 85 €. Il faut ajouter le coût eau-énergie aussi bien du générateur que de la désinfection/régénération hebdomadaire de la minicentrale, soit environ 23 €, et 50 € par patient pour le transport mensuel des consommables, pour 13 dialyses, soit 4 € par dialyse. Mais il faut aussi augmenter l'amortissement de la machine qui n'est plus utilisée, sur dix ans, que pour 1 560 dialyses, soit 17,50 € par dialyse : 230 – 85 + 23 + 4 + 17,5 = **189,50 €**.

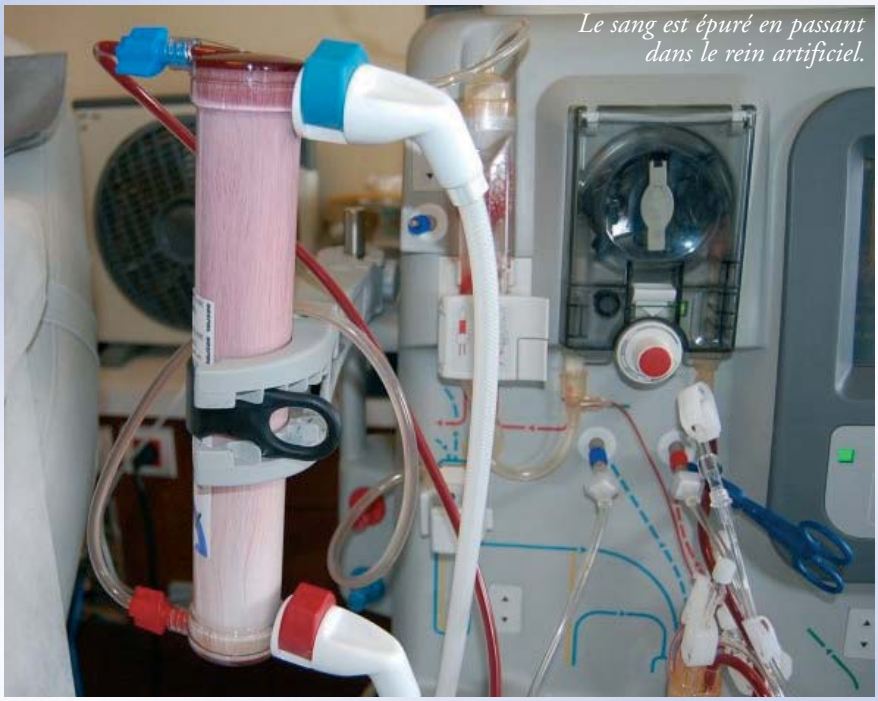
Nous sommes légèrement inférieurs au remboursement par l'Assurance maladie et assez proches du remboursement allemand. Peut-on en déduire que les caisses allemandes remboursent la dialyse au coût minimal, considéré comme celui de l'autodialyse à domicile, le surplus pour la dialyse en centre étant à la charge de l'assuré ? L'Assurance maladie française, en tout cas, aurait tout intérêt à développer la dialyse à domicile. On y revient plus loin.

Critique du détail des consommables

Il convient en effet, d'abord, d'analyser plus en détail le coût des consommables. Les marges des fabricants sur ceux-ci sont probablement très élevées. En gros, les fabricants de générateurs sont aussi fournisseurs de consommables. Comme les fabricants d'automobiles, qui font le plus gros de leurs marges sur les révisions, pièces détachées et réparations, les Braun, Gambro et autres Fresenius font peut-être leurs marges essentiellement sur les consommables. Ils peuvent notamment, comme on l'a dit plus haut, reprendre dans leurs centres les générateurs au coût de fabrication, assurés qu'ils sont de marger, aux frais de l'Assurance maladie, sur les consommables.

Regardons-y d'un peu plus près sur trois d'entre eux : le rein artificiel, le liquide pour hémodialyse et le kit artério-veineux.

Le rein est repris pour 20 €. La structure osmotique, selon sa per-



Le sang est épuré en passant dans le rein artificiel.

méabilité, sa finesse, a un prix, mais il est fort probable que le coût matière et main-d'œuvre d'un tel objet, fabriqué évidemment en série et avec une forte automatisation, est inférieur à 10 €. Encore est-ce sans doute largement par excès.

Notons également que la réutilisation du rein artificiel est reconnue comme possible : on cite le chiffre de 10 dialyses. Certaines expériences ont montré que le rein était utilisable jusqu'à 100 fois. C'est d'ailleurs la seule voie pour la généralisation de l'hémodialyse dans les pays pauvres. Mais elle a été interdite en France et dans de nombreux pays. Pourquoi ? Nul doute qu'une puissante action de lobby en ce sens a été exercée par les entreprises de fabrication, s'appuyant, principe de précaution oblige, sur les inévitables fautes d'asepsie qui ont sans doute été constatées dans la conservation du rein et du kit artério-veineux branché sur lui.

S'agissant d'ailleurs de ce dernier, son prix de 7 € paraît tout aussi excessif et générateur d'une marge inadmissible. Il s'agit en effet d'un tube plastique formé de deux tuyaux d'une longueur totale d'environ 7 m, dotés de deux « croix », de deux tubes demi-rigides, de cinq raccords en matière plastique et d'une poche. Fabriqué évidemment en série, estimons-le encore par excès à 2 €.

Le bidon de 6 litres de liquide dosé est coté 7 €. Là encore, un maximum de 1 € est plausible.

L'économie que l'on réaliserait par dialyse en ramenant ces consommables à des prix plus raisonnables serait de l'ordre de 14 €, ce qui n'est pas très important. Mais, pour les entreprises, le manque à gagner en France sur 15 millions de dialyses par an serait de l'ordre de 200 millions d'euros, qui profitent aujourd'hui aux oligopoles de la dialyse.

La généralisation de la dialyse à domicile

Le petit curieux qui va sur Google regarder ce qu'on dit de l'insuffisance rénale et de la dialyse lit avec étonnement la phrase suivante :

« Le patient peut installer à domicile une machine à hémodialyse et peut gérer lui-même ses séances. Cette modalité, relativement courante dans les années 1970, est devenue, depuis, beaucoup plus rare de par le monde, alors qu'elle présente des avantages tant en termes de qualité de vie que de santé, permettant des dialyses plus fréquentes et/ou plus prolongées. »

Il est absolument nécessaire d'encourager le développement de la dialyse à domicile.

Si cette information est exacte, on se demande pourquoi ce recul depuis les années 1970 ? Y a-t-il eu trop d'accidents avec les premiers traitements à domicile ?

La dialyse à domicile est pourtant la solution idéale, autant pour son coût réduit, et qui pourrait l'être plus encore, que parce qu'elle responsabilise le patient, lui fait prendre vraiment sa maladie à bras-le-corps.

De plus, elle réduit sa dépendance temporelle à la dialyse : il n'est plus obligé de se présenter à heures convenues. Il peut faire la dialyse quand il le veut en respectant un minimum de régularité calendaire.

Si le conjoint ne supporte pas que « la maladie entre dans la maison », ou si l'aménagement d'une pièce réservée pose problème, la solution se trouve, hélas encore largement à développer, dans les « appartements thérapeutiques » mis à disposition de trois ou quatre patients, chacun avec sa chambre dont il a la clé et où il procède à son autodialyse comme dans son appartement. Même avec le coût de la location, l'Assurance maladie y resterait gagnante.

Enfin, il serait possible d'améliorer substantiellement la liaison patient-machine-néphrologue. L'autodialyse à domicile devrait entrer dans le processus de télémédecine ; les chiffres de dialyse – PV, PT, PBE, tension –, relevés deux ou trois fois par dialyse, devraient pouvoir être télétransmis au centre et stockés en vue de la visite régulière de contrôle. Ensuite, le dialogue dialysé-machine pourrait être encore amélioré pour que celle-ci donne au patient toutes les instructions nécessaires en cas d'incidents matériels ou médicaux.

Toutes ces évolutions – développement de l'autodialyse hors centre, télémédicalisation, amélioration du dialogue patient-machine – sont à portée ; elles amélioreraient sensiblement la qualité de traitement du patient et feraient baisser le coût de la dialyse. Mais les premiers protagonistes, centres, fournisseurs de matériels, n'y ont pas un intérêt direct.

Finalement, notre généreuse Assurance maladie française pourrait fort bien réduire la facture de la dialyse de 20 ou 25 %, non seulement en développant une dialyse à domicile moderne, mais aussi en contrôlant plus rigoureusement les prix des générateurs et des consommables. L'idée de créer une structure publique de comparaison, qui produirait les consommables, dont fort peu – sinon aucun – sont brevetés, ne peut être écartée.

Jean Matouk
agrégé de sciences économiques, professeur des universités

Soins palliatifs hospitaliers : trois valeurs à promouvoir

Ce texte de Philippe Bataille, sociologue, directeur d'études à l'École des hautes études en sciences sociales, a été publié dans la revue Diasporiques *(n° 7, oct. 2009). Nous remercions vivement l'auteur ainsi que le responsable de la publication qui l'a édité de nous autoriser à le reproduire ici, car il constitue, à coup sûr, une des réflexions les plus pertinentes et les plus sensibles que l'on ait pu exprimer sur ce douloureux sujet.*

Nocturne in Black and Gold *(James McNeill Whistler).*

Les soins palliatifs ont connu un développement continu en France depuis une vingtaine d'années : leur existence spécifique est bien identifiée par les publics, et différentes enquêtes indiquent une attente grandissante à leur égard. Avec parfois des confusions ou des contresens qu'il convient d'éviter. Leur rôle médical n'est pas de faire reculer la mort, car le corps qui en fait l'objet est déjà vaincu par une maladie grave ou par l'âge. Ils traitent les douleurs consécutives à des dégradations, tant physiques que mentales. Mais la maladie est laissée libre dans ses expressions, au risque d'exposer plus encore le corps à ces dégradations.

Les soins palliatifs font l'objet de débats. Les uns font un constat plutôt satisfait de l'existence d'une prise en charge médicale des patients que d'autres spécialités semblent avoir abandonnés après épuisement des protocoles curatifs. Les autres craignent d'être confrontés, pour soi ou pour un proche, à une fin de vie qui se prolongerait très au-delà de ce qu'exprime la volonté individuelle de l'individu concerné. Il n'est pas rare d'entendre alors des demandes de retrait complet du savoir médical et de l'offre soignante. Le traitement des douleurs est bien sûr toujours attendu, mais le recours au savoir pharmacologique pour tenir la mort en haleine jusqu'à épuisement complet du corps fait l'objet de discussions. Nombre de patients espèrent accéder à une « sédation », sans toujours bien comprendre le sens de ce terme (voir encart).

Un temps de vie retrouvé

L'expression « fin de vie » s'est désormais imposée dans le paysage médical et le langage courant. Les soins palliatifs peuvent en assurer jusqu'à un certain point le « confort ». Ils prennent en compte le contexte social et affectif d'un mourant. Ils rendent possible le rôle qu'une famille ou un réseau d'amis tiennent à jouer auprès de celui qui se sait sur le point de disparaître, en particulier lorsque ce dernier découvre disposer d'un temps de vie auquel il ne pensait plus avoir accès. Sans ralentir le processus morbide et sans rallonger la vie, ils contribuent néanmoins à changer de façon importante sinon radicale la manière dont ces derniers moments sont vécus par celui qui va mourir et par ses proches.

Nombre de malades, il est vrai, ne savent pas trop quoi faire de ce temps de vie d'une certaine façon « retrouvé » et qu'ils ne sont parfois plus réellement en mesure de consommer pleinement. Alors que d'autres s'y engouffrent, pour profiter encore de leurs parents et de leurs amis avant de se laisser glisser doucement vers la mort. Une question se pose alors : la pharmacie qui maintient en vie sans douleurs ne pourrait-elle être mobilisée, le moment venu, pour faciliter la fin ? La loi, aujourd'hui, ne le permet pas. Là est l'hiatus.

La parole des malades en fin de vie

La France a été sensibilisée au recours à des soins palliatifs au moment où mouraient en grand nombre les malades du sida. Comme il n'y avait alors pas de remèdes, accompagner vers la mort ne nécessitait pas de suspendre les soins curatifs. C'est à cette époque que la demande des malades et de leurs proches a imposé dans le parcours des mourants la prise en charge d'une fin de vie médicalisée bien que dispensée de tout soin invasif. Et ce qui fut dit alors sur l'importance de l'accompagnement à la fois médicalisé et humain a été de nature à bouleverser l'ordre des valeurs qui inspirent la clinique.

Dès lors ne serait-il pas cohérent, en médecine palliative, d'accorder une place déterminante à la parole des malades (ou de leurs représentants) sur les conduites médicales à tenir ? Or, lorsque le pronostic vital est en jeu, cette parole ne passe guère plus, aujourd'hui, le seuil du système de décision médicale qu'en médecine curative. II ne serait rien moins que révolutionnaire de franchir ce pas. Ce qui n'éloignerait nullement, est-il besoin de le souligner, les soins palliatifs d'une inscription clinique et hospitalière.

Une avancée culturelle et politique attendue

Toutes ces interrogations renvoient à la conception même de la médecine moderne confrontée à la fin de vie. Au moment de suspendre les conduites curatives et de renoncer à la guérison, l'espoir n'est plus médical mais humain et social, relationnel. D'où l'immense importance de ces moments où il redevient possible d'être soi-même dans son lien avec les autres.

Evoquons la possibilité d'une avancée culturelle qui saurait apaiser le plus grand nombre si elle trouvait sa traduction politique et juridique mais aussi philosophique et éthique, adaptée à l'état des mœurs et des représentations sociales. La perspective de cette avancée tient actuellement en un message : il n'est pas raisonnable de prolonger la vie sans le support d'un corps dont le mourant a définitivement perdu le contrôle. Accéder à la maîtrise du moment de sa mort interviendrait comme une réponse à la perte de contrôle de son corps soumis aux ravages de la maladie.

Sujet dans la vie, on ne saurait le demeurer dans la mort autrement qu'à travers ce qui est laissé aux vivants. Il s'agit, désormais, d'éviter que se dégrade irréversiblement le souvenir qu'ils garderont du mort : le temps de l'inconscience et de l'agonie n'apporte rien de positif en la matière pour celui ou celle qui s'estime parvenu au terme de son parcours thérapeutique, humain et relationnel. Il s'agit, en fin de compte, d'apporter à un être à bout de forces un accompagnement final authentique, sincère et humain.

Authenticité, sincérité, humanité

De tout cela il est désormais question dans l'expérience narrée des soins palliatifs. Ces remarques nourrissent divers arguments sur l'enjeu éthique d'une réponse institutionnelle à l'anticipation de la mort. Posons-nous alors la question encore plus clairement. Les soins palliatifs sont-ils une activité clinique où les décisions médicales se prennent sur des liens authentiques, sincères et humains qui procurent du contenu à l'idée « d'accompagner » ?

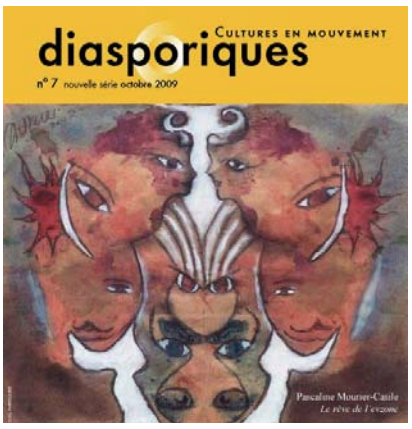
L'*authenticité* renvoie à un examen de soi-même. Être authentiquement en rapport avec l'autre, et plus encore s'il s'agit de décider sur lui ou pour lui, suppose un minimum de paix avec soi. Le temps retrouvé et le confort relatif qu'offrent les soins palliatifs risquent à tout moment d'être gâchés s'il y a inquiétude et même désarroi devant l'irrespect des dernières volontés. La *sincérité* interroge la nature du lien à l'autre dans une relation sociale. Sincérité n'est pas synonyme de vérité. Il n'est nul besoin de tout se dire ou de tout savoir, mais il faut se sentir confiant et réconforté par le lien à l'autre. L'idée d'*humanité* évoque enfin l'appartenance à une espèce consciente et respectueuse de la mort à venir de chacun de ses membres. Être humain ou traiter humainement, c'est donc aussi savoir renoncer, sans honte et sans défaite. ◩

Philippe Bataille
directeur d'études à l'EHESS

QU'EST-CE QU'UNE SÉDATION ?

Entreprendre une sédation en soins palliatifs veut dire qu'on va déclencher la phase terminale d'un patient sans provoquer directement sa mort. « Sédater » implique qu'on suspende toutes les conduites actives de soins, dont l'alimentation et l'hydratation, mais en contrôlant étroitement toutes les douleurs. Il demeure toujours possible de réveiller un patient sous sédation, le temps d'un échange oral, puis de le replonger en perte de conscience.

Le cadre juridique mais aussi politique et philosophique dans lequel des décisions de sédation peuvent être prises reste très flou. La sédation demeure essentiellement en France un protocole de lutte contre les souffrances dites réfractaires – c'est-à-dire celles qu'on ne parvient pas à juguler. La loi ne permet pas aujourd'hui d'aller plus loin. D'où parfois des incompréhensions voire des conflits qui peuvent déchirer les familles ou brouiller leurs relations avec les équipes soignantes.



Médicament homéopathique, mode d'emploi

Chaque jour, ma profession de médecin homéopathe me conduit à rédiger des prescriptions de médicaments homéopathiques. Les patients me posent souvent des questions concernant la prise de ces médicaments particuliers. « Peut-on toucher les granules ? Peut-on manger des bonbons à la menthe, fumer ? Y a-t-il des heures précises pour prendre le médicament ? Le nombre de granules est-il important ? Pendant combien de temps suivre le traitement ? Un traitement homéopathique peut-il agir rapidement ? »

Ce questionnement appelle des réponses très simples. Nous sommes habitués à suivre des prescriptions de médicaments allopathiques, du type « un comprimé deux fois par jour pendant une semaine ». L'efficacité du médicament allopathique dépend de la dose administrée. L'espacement des prises est conditionné par la durée d'action du médicament. Le respect strict de ces règles est nécessaire pour obtenir efficacité et surtout absence de toxicité.

Le médicament homéopathique, lui, a des particularités liées à sa fabrication. Quelques règles de prescription des médicaments homéopathiques établies grâce à l'expérience médicale sont à connaître pour une efficacité optimale.

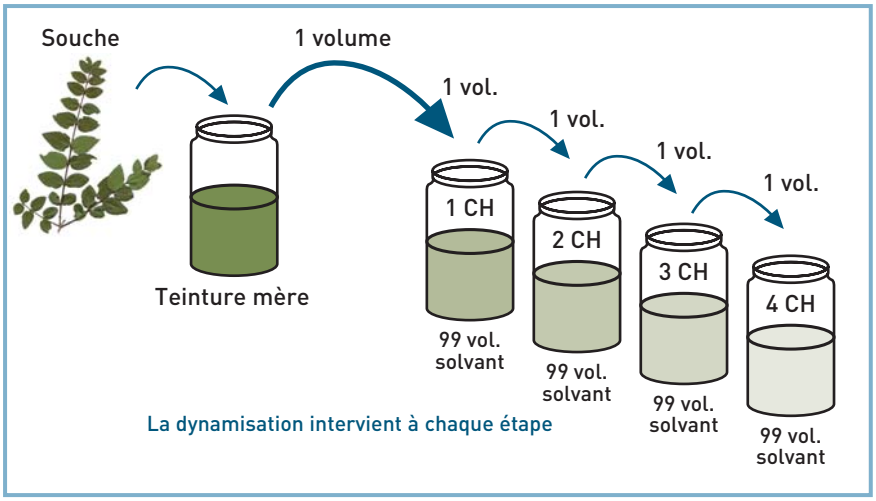
Comment est fabriqué un médicament homéopathique ?

Il est fabriqué à partir d'une souche d'origine animale, végétale ou minérale. Celle-ci est définie par sa dénomination internationale scientifique exprimée en latin. Par exemple : *Apis mellifica* est obtenu à partir de l'abeille. *Arnica montana* provient de l'arnica, plante des montagnes. *Silicea* est extrait de la silice.

Le mode de fabrication comprend des étapes indispensables pour pouvoir parler de médicament homéopathique.

La teinture mère est fabriquée à partir de la souche, qui est diluée dans un soluté hydro-alcoolique pour les souches issues du milieu animal et végétal. Pour les souches d'origine minérale, une trituration précède les dilutions. Cette teinture mère est dynamisée par agitations successives. La recherche a montré toute l'importance de cette étape : des études récentes, possibles actuellement grâce aux nanotechnologies, ont prouvé que les hautes dilutions d'une souche dynamisée pouvaient modifier la structure moléculaire de l'eau.

La teinture mère est diluée pour obtenir des décimales puis des centésimales hahnemaniennes. Ce mode de fabrication consiste à mélanger une dose de teinture mère à 99 doses de solvant alcoolisé. Cette solution est dynamisée. Sa concentration est de 1/100. Le résultat est une « 1 CH » (une centésimale hahnemanienne). Puis on mélange une dose de cette nouvelle solution à 99 doses de solvant alcoolisé, et on dynamise : on obtient un produit dilué à 2 CH, soit une concentration de 1/10 000, et ainsi de suite…



La dynamisation intervient à chaque étape

Un deuxième mode de fabrication, moins connu du public, est représenté par la fabrication korsakovienne. Dans ce cas, un même flacon est utilisé pour chaque dilution. Un flacon de teinture mère est vidé puis rempli de solvant et dynamisé. La première dilution korsakovienne (1 K) est obtenue. La fabrication de ce type de dilution est moins reproductible : en effet, la paroi du flacon conserve des traces des dilutions précédentes, et il est difficile d'être certain de la dilution finale. De plus, les médicaments obtenus ainsi ne sont pas remboursés.

Le produit final est imprégné sur des granules ou des globules. Le procédé de fabrication comporte une triple imprégnation en profondeur ; le médicament homéopathique peut donc être touché, sans que cela en affecte l'efficacité.

Comment choisir un médicament ?

Les médicaments homéopathiques ne sont pas prescrits au hasard.

- Les médicaments qui visent à traiter un symptôme sont prescrits dans des situations aiguës, par exemple *Arnica* 9 CH, en cas de choc. L'action est rapide, et il ne faut pas hésiter à répéter la prise tous les quarts d'heure si besoin. Inutile, dans ce cas, de questionner le patient sur son terrain, ses antécédents, sa morphologie.
- Les médicaments de terrain ou de fond, eux, sont surtout indiqués dans des pathologies chroniques. Ils prennent en compte le symptôme, la pathologie et le terrain du patient : ses antécédents, sa façon de réagir, sa constitution, les symptômes qu'il décrit. Prenons l'exemple du traitement homéopathique de l'eczéma : il dépend du type de lésion (lésion cutanée suintante ou sèche, rouge ou blanche), mais aussi de la personne qui en souffre (morphologie longiligne ou plus ronde, troubles du comportement associés, intolérances alimentaires…). Le traitement sera donc individualisé.
- D'autres médicaments existent comme ceux qui visent à réguler une sécrétion hormonale : citons l'exemple de *Folliculinum*, extrait de follicule ovarien, très efficace dans la régularisation du cycle menstruel.

Que signifie 9 ou 15 « CH » ?

Il s'agit de la hauteur de dilution du médicament. Comme on l'a vu plus haut, les lettres CH signifient centésimale hahnemanienne (fabrication selon le mode hahnemannien à la dilution centésimale).

Les médicaments de fabrication korsakovienne sont exprimés en K.

Quelle différence entre un médicament en 4 CH ou en 30 CH ?

Les indications des différentes dilutions ont été constatées et répertoriées, au fil du temps, par les médecins utilisateurs.

On appelle basses dilutions les dilutions notées 4 ou 5 CH : elles sont prescrites sur des symptômes locaux. Par exemple, on peut prescrire *Colocynthis* 5 CH pour des douleurs de ventre liées à une consommation excessive de fruits ; le symptôme est purement local.

Les hautes dilutions (15 à 30 CH) sont prescrites pour modifier un terrain, traiter un symptôme d'origine psychique ou comportementale. Par exemple, des douleurs de ventre liées à une angoisse seront traitées par *Ignatia* 15 CH.

Les dilutions moyennes (7 à 9 CH) correspondent aux symptômes généraux ou fonctionnels. *Arnica* 9 CH est indiqué dans les courbatures, suite à un effort physique.

Ces règles de prescription peuvent être adaptées en fonction de la réactivité du patient au médicament homéopathique, de la modification des symptômes en cours de traitement, d'où l'intérêt de pouvoir changer la dilution. N'oublions pas que la thérapeutique homéopathique est individualisée.

Nous attendons beaucoup de la recherche fondamentale pour préciser l'effet des différentes dilutions de médicaments, même dans une variable apparemment faible (de 7 à 9 CH par exemple).

Sous quelle forme peut-on trouver des médicaments homéopathiques ?

Tout le monde connaît les tubes de granules et les doses de globules. Il faut laisser fondre les granules ou les globules dans la bouche, sous la langue ou pas. Les médicaments homéopathiques existent aussi sous forme de comprimés, de gouttes (à l'alcool ou à l'eau), de collyre, d'ovules, de suppositoires, de sirop…

Chaque galénique a son indication en fonction de la pathologie ou de la personne à traiter.

Quelques précautions à retenir

Il est préférable d'éviter de toucher les granules pour des raisons de propreté, mais les toucher ne diminue pas leur efficacité.

Les médicaments homéopathiques par voie orale doivent être pris à distance (au moins dix minutes) d'une prise alimentaire, d'une cigarette ou d'un autre médicament. Manger des bonbons à la menthe répond à la même règle.

Prendre combien de granules ?

Le médecin prescrit généralement 3 ou 5 granules par prise. Le nombre de granules ne dépend pas du poids du patient, ni de l'âge.

Les granules sont adaptés à une prise répétée dans la journée ou quotidienne. Un tube de granules en contient 80.

Et les globules ?

Ils sont conditionnés en doses de 200 globules environ. La dose se prend en totalité. La prescription va d'une dose unique (par exemple *Gelsemium* 15 CH : une dose avant un examen pour éviter le trac) à une dose hebdomadaire (*Sepia* 15 CH pour des troubles du sommeil et des bouffées de chaleur).

Peut-on suivre un traitement homéopathique lorsqu'il faut réduire les apports en sucre ?

Les granules et les globules sont fabriqués avec du saccharose (sucre de canne) et du lactose (sucre de lait). La quantité de sucre contenue dans un granule est négligeable : 20 granules ou une dose de globules de 200 contiennent 1 g de sucre, soit 1/6 de morceau de sucre.

Comment administrer un médicament homéopathique à un nourrisson ?

Il suffit de faire fondre quelques granules dans un peu d'eau. On donne la solution à la cuillère ou dans une

tétine de biberon en cas d'allaitement artificiel.

Ne pas oublier, pour des raisons d'hygiène, de changer la solution chaque jour.

Peut-on prendre deux médicaments homéopathiques en même temps ?

Si l'indication de ces médicaments est identique, la prise peut être simultanée. Par exemple, *Lachesis* 15 CH et *Belladonna* 9 CH en traitement des bouffées de chaleur sont prescrits à raison de 3 granules de chaque matin et soir.

Comment expliquer que le même médicament puisse soigner deux pathologies complètement différentes ?

Vous avez eu une prescription de *Sepia* 15 CH pour des bouffées de chaleur, et votre médecin vous le prescrit pour des migraines.

Le traitement homéopathique a pour but de faire réagir votre organisme. Le symptôme traduit une rupture d'équilibre de cet organisme. *Sepia*, qui est probablement « votre » médicament de terrain, va entraîner une réaction de votre organisme pour retrouver son équilibre initial, et le symptôme va disparaître, que ce soit des bouffées de chaleur, des nausées ou des migraines.

Faut-il répéter les prises dans la journée ?

S'il s'agit d'un symptôme aigu (coup, fièvre), il est nécessaire de répéter la prise toutes les demi-heures ou toutes les heures. Une angine sera traitée par une prise du médicament deux fois par jour.

Tout dépend du médicament choisi et de la situation à traiter, raison pour laquelle il est important de suivre les conseils du prescripteur.

Pendant combien de temps suivre le traitement ?

Dans un symptôme aigu, les prises doivent être répétées jusqu'à amélioration et arrêtées dès que les troubles ont disparu.

Nous notons souvent sur nos ordonnances « Espacer selon amélioration » ; cela signifie que le patient va adapter la prise du médicament à l'amélioration de son symptôme. Prenons l'exemple d'un traitement symptomatique d'une jeune accouchée qui a des douleurs liées à la montée laiteuse. L'aspect rosé et œdémateux du sein, le soulagement de la douleur par l'application de froid font choisir *Apis* 9 CH. La patiente pourra le renouveler toutes les heures si les douleurs et l'œdème sont importants ; elle espacera les prises dès qu'elle notera une diminution de la douleur.

Dans une pathologie chronique, le traitement de fond est prescrit en granules une fois par jour ou en dose globules une fois par semaine pour trois à six mois.

Par exemple, une patiente qui présente des infections urinaires à répétition va se voir prescrire un traitement dit « de terrain », qui pourra être *Sepia* 15 CH (en fonction de l'interrogatoire et de l'examen) une dose globules par semaine pendant trois mois.

Pour toutes ces raisons, il est indispensable de suivre l'ordonnance du médecin ou de demander conseil au pharmacien. ◩

Dr Christelle Charvet
gynéco-obstétricienne homéopathe

Le pédicure-podologue : un spécialiste du pied

Le pédicure-podologue exerce une profession paramédicale à compétence définie, il bénéficie de la libre réception des patients, du droit au diagnostic et de la prescription de certains topiques. Il possède un ordre professionnel

La quasi-totalité des podologues exercent en libéral, mais certains choisissent la pluriactivité : cabinet, maisons médicalisées, domiciles, hôpitaux, afin d'enrichir et échanger leur expérience avec le monde médical.

Rôle du podologue

Le podologue joue donc un rôle de plus en plus important en gériatrie, en pédiatrie, dans la prévention du pied diabétique et la prise en charge pluridisciplinaire des pathologies telles que spondylarthropathies, polyarthrites. En effet, un Français sur cinq souffre de maux de pieds qui nécessitent la consultation d'un podologue ; les diabétiques ou artéritiques, les personnes souffrant d'arthrose doivent consulter régulièrement car le risque plus important d'infection, allant parfois jusqu'à la gangrène et l'amputation, est réel. Depuis 2008, une prise en charge des diabétiques de grade 2 et 3 par la Sécurité sociale a été mise en place.

Deux pratiques bien définies

La pédicurie concerne la peau et les ongles : coupe, exérèse du cor, du durillon, des callosités. Le soin de pédicurie prévient et soulage la douleur. Le pédicure conseille pour le chaussage et l'hygiène des pieds (hydratation, protection et chaussures adaptées).

La podologie concerne les orthèses plantaires ou semelles orthopédiques placées dans les chaussures du patient. L'objectif est, après examen clinique, de corriger les troubles statiques (pieds creux, pieds plats, déformés, inégalité de longueur du membre inférieur, douleurs des genoux, etc.) afin d'éviter ou d'atténuer les tendinites, gonalgies, myalgies, arthrose… En résumé, le podologue est apte à réaliser :

- des soins de pédicurie (coupe et soins d'ongles, durillons, cors, verrues, ongles incarnés) ;
- des orthèses plantaires : enfants, sportifs, personnes âgées ;
- des orthoplasties sur mesure pour protéger et corriger les orteils ;
- des orthonyxies pour réduire les courbures de l'ongle (ongle incarné) ;
- le traitement des problèmes de peau tels que les mycoses, la transpiration excessive par ionophorèse.

Perspectives de la profession

Les progrès de la technique – thermoformage, turbine, informatique et vidéo – aident à optimiser l'intervention du podologue et ajoutent un confort certain au patient.

Un entretien régulier, ou un contrôle annuel, permet de détecter d'éventuels problèmes et d'agir en conséquence. Le remboursement des soins de pédicurie par certaines mutuelles incitera vraisemblablement plus de patients à « s'occuper » régulièrement de leurs précieux pieds !

Certains podologues pratiquent la réflexologie plantaire, thérapie manuelle énergétique d'acupression ; la réflexologie va stimuler les zones réflexes et agir à distance sur tous les organes correspondants du corps humain : détente et bien-être assurés !

Joëlle Blandin
pédicure-podologue (Lyon)

L'alimentation crétoise, du concept à l'assiette

(1re partie)

Actuellement en France, les maladies cardio-vasculaires (MCV) constituent la première cause de décès devant les cancers : MCV, 32 % ; cancers, 26 %. Elles provoquent 170 000 décès par an

Les syndromes coronaires aigus représentent dans notre pays, par an, 50 000 hospitalisations pour angor instable et plus de 120 000 cas d'infarctus du myocarde, dont environ 42 000 hospitalisés en unités de soins intensifs. Par le fardeau qu'elles entraînent (pertes humaines, complications et invalidités), les MCV ont un coût individuel et social considérable et représentent le poste le plus important (12,6 %) de la consommation de soins et de biens médicaux, soit 13,6 milliards d'euros sur un total de 107,6 milliards d'euros de soins « hors prévention ». Le vieillissement de la population est une des causes de l'augmentation de fréquence des MCV.

L'approche épidémiologique cardio-vasculaire est amplifiée, dès 1948, par des études d'observation de la population générale ; elle permet de déterminer la mortalité et certains facteurs de risque (tabagisme, acides gras saturés…) des MCV. Des facteurs de protection existent aussi, par exemple le mode de vie et l'alimentation des Crétois et des Japonais d'Okinawa des années 1950.

Nous allons voir comment le régime méditerranéen, plus précisément l'alimentation crétoise, s'est progressivement construit. Cette première partie d'article montrera quelles furent les premières études épidémiologiques et les avancées du régime crétois ; la seconde analysera les études récentes, les bénéfices de la consommation de poisson et de l'alimentation crétoise et leur application en pratique.

Premières grandes études d'observation

L'étude d'observation de Framingham, petite ville des Etats-Unis, est initiée en 1948. Elle porte sur plus de 5 000 hommes et femmes, âgés de 30 à 60 ans, suivis pendant seize ans.

Deux conclusions émergent. Les acides gras saturés et un cholestérol sanguin élevé sont des facteurs importants de mortalité cardio-vasculaire.

L'étude suivante, dite des sept pays, entamée en 1958, explore sur quinze ans la relation entre certains facteurs de risque et la mortalité coronaire dans sept pays : Etats-Unis, Finlande, Grèce, Italie, Japon, Pays-Bas, Yougoslavie. Elle porte sur plus de 15 500 hommes âgés de 40 à 59 ans. La mortalité coronaire est environ trois fois plus faible dans les pays méditerranéens (Grèce, Italie, Yougoslavie) que dans les pays nordiques (Etats-Unis, Finlande). Le cas de la Crète est tout particulier : la mortalité coronaire est encore plus faible que celle du Japon, grand consommateur de poisson. Simultanément, des données internationales montrent que le Japon est davantage protégé que les pays du Nord. Certains facteurs de risque apparaissent liés à la mortalité coronaire : âge, tabagisme, pression artérielle, cholestérol sanguin, acides saturés (dans les produits laitiers et la viande). Des facteurs de protection émergent : fruits et légumes et consommation modérée d'alcool. Serge Renaud, en 1992, confirmera, chez des paysans français, le rôle protecteur de l'alcool, sous forme de vin pris modérément, contre les MCV : il sera à l'origine du concept de « french paradox », le fameux paradoxe français.

Dans les années 1970, Dyerberg et Bang constatent que les Esquimaux du Groenland ont un taux de mortalité coronarienne trois fois moindre que celui des Esquimaux émigrés au Danemark, lesquels ont une tendance à faire plus d'hémorragies et d'accidents cérébraux.

Les Esquimaux consomment peu de glucides et beaucoup de graisses et

de cholestérol issus de la chair d'animaux marins (baleine, phoque et poisson). Pour se protéger du froid, ces animaux sont riches en acides gras polyinsaturés à longues chaînes (acides eicosapentaénoïque, ou EPA, et docosahexaénoïque, ou DHA) qui ont des propriétés antiplaquettaires et antithrombotiques.

A la même époque, on constate que la mortalité cardio-vasculaire des Japonais de Californie est 2,8 fois plus élevée que celle des Japonais vivant au Japon. Les habitants d'Okinawa (Japon) ont le taux de maladie cardio-vasculaire le plus faible de la planète et l'espérance de vie la plus élevée ; ils ont quatre fois plus de centenaires qu'en Occident. Ils consomment en moyenne 250 g de poisson par jour.

Des études d'observation ultérieures montrent que les populations consommant du poisson deux fois par semaine ont un risque de mortalité coronarienne abaissé par rapport à celles ne mangeant pas de poisson. Ces travaux donnent naissance à la mode des « huiles de poisson », riches en acides polyinsaturés.

Essais d'intervention nutritionnelle

Pour tester les hypothèses acquises, les premiers essais d'intervention en prévention primaire (sujets sains) ou en prévention secondaire (malades) tentent de diminuer la mortalité totale et coronarienne en réduisant les apports en cholestérol et en augmentant les acides polyinsaturés.

● Au début des années 1960, les premiers essais en prévention primaire sont décevants. A la fin de la décennie, **l'étude d'Oslo**, un des premiers essais en prévention secondaire, teste les mêmes modifications sur les récidives de coronaropathies. En cinq et en onze ans, le groupe intervention a une incidence d'infarctus plus faible que le groupe contrôle. La mortalité coronarienne est corrélée à l'âge, au cholestérol sanguin, à la tension artérielle, au tabagisme.

● **L'étude britannique DART**, une vingtaine d'années plus tard, évalue, pendant deux ans, l'effet du poisson ou des huiles de poisson et des conseils diététiques intensifs sur les récidives de maladie coronarienne chez des survivants d'infarctus récent. Les patients, répartis en trois groupes, doivent ne pas fumer, ainsi que diminuer les apports lipidiques à 30 % ou augmenter la consommation de fibres à 18 g/j, ou consommer du poisson gras au moins deux fois par semaine (à défaut, consommer 0,5 g/j d'huile de poisson). Dans ces essais et les suivants, les patients prennent les traitements nécessaires. Par rapport aux deux autres groupes, le groupe poisson a une réduction des morts subites et des mortalités toutes causes et cardiaque de 29 %, malgré la stabilité des cholestérols total et LDL. L'effet apparaît dans les trois premiers mois.

● **L'étude italienne GISSI** (1999) évalue l'effet de supplémentations simples ou combinées chez des Italiens survivants d'infarctus récent. Pendant quarante-deux mois, les patients reçoivent : ou 1 g/j d'EPA + DHA, ou 300 mg/j de vitamine E, ou les deux, ou rien ; on leur demande aussi d'éviter le tabac et d'augmenter leur consommation de poisson, fruits, légumes et huile d'olive. Les morts subites, les mortalités toutes causes et cardiaque sont réduites respectivement de 45 %, 20 %, 30 % et 45 % dans le groupe EPA + DHA. Il n'y a pas davantage de bénéfices dans les autres groupes. Les cholestérols total, HDL et LDL restent stables.

● **L'étude de Lyon** (années 1990) est établie à partir du profil alimentaire protecteur des Crétois. Elle évalue, chez des survivants d'infarctus récent, l'effet d'une alimentation de type méditerranéen sur les taux d'infarctus mortels ou non, les morts subites et la mortalité toutes causes.

Le groupe expérimental reçoit une margarine originale, dont la composition proche de celle de l'huile d'olive est riche en acide alpha-linolénique (ALA). Il doit consommer plus de pain, de légumes secs, de légumes verts et de fruits, moins de viande, du poisson, de la margarine au colza (supprimant beurre et crème), l'utilisation exclusive d'huile de colza et

d'huile d'olive, un peu de vin pendant les repas. Le groupe contrôle doit consommer un régime « prudent ».

L'alimentation crétoise recommandée est bien adoptée. Les effets s'en font sentir en huit semaines. Il y a huit morts subites par fibrillation ventriculaire et arythmie dans le groupe contrôle et aucune dans le groupe expérimental. En vingt-sept mois, la mortalité toutes causes diminue de 70 %, les infarctus mortels et non mortels de 76 et 73 %. Ces résultats spectaculaires sont confirmés au bout de quarante-six mois.

● **L'étude indo-méditerranéenne** est réalisée sur des sujets avec des antécédents cardio-vasculaires ou des facteurs de risque cardio-vasculaire (Singh 2002). Le groupe d'expérimentation doit consommer des fruits, légumes et noix, des céréales et légumineuses, des graines de moutarde (riches en ALA) ou de l'huile de soja. Le groupe contrôle doit consommer un régime prudent. Tous les patients doivent marcher vivement 3 à 4 km par jour.

Le groupe expérimental voit son profil métabolique amélioré, il est moins sédentaire et prend moins de médications. On note des réductions des infarctus non mortels (51 %), des infarctus mortels (29 %), des morts subites (62 %), des événements cardiaques totaux (49 %).

Ainsi, les résultats sont éloquents : chez des survivants d'infarctus, les apports en huiles de poisson, poisson et/ou acide alpha-linolénique induisent des baisses spectaculaires des mortalités totale et coronaire, indépendamment du cholestérol sanguin. Ces résultats vont susciter des essais en prévention primaire. ◩

Mireille Bernard
Ingénieur en biologie
Univ. Victor-Segalen Bordeaux-II

Regards sur l'allergie

L'allergie est une réaction inadaptée et exagérée de l'organisme vis-à-vis de substances étrangères. Cette réaction n'existerait pas s'il n'y avait pas faillite de l'intégrité des barrières (peau et muqueuses)

Ces deux interfaces sont différentes. C'est pourquoi les maladies allergiques que l'on y retrouve s'expriment souvent de façon différente.

La protection de la peau

Elle est assurée par différents acteurs.
La flore microbienne : son bon équilibre empêche toute prolifération d'envahisseurs et permet la dégradation des substances chimiques qui viendraient au contact (comme les antiseptiques et les détergents, par exemple).
Les sécrétions sébacées : elles disposent autour de nous un film protecteur englobant les particules en suspension et permettent leur élimination avec la desquamation de la peau. (attention aux détergents !).
La desquamation : emmenant avec elle la flore microbienne, les sécrétions sébacées, et permettant aux couches sous-jacentes de renouveler cette barrière en 30 jours.
Les cellules de Langherans : elles représentent de 2 à 4 % de la population cellulaire totale de l'épiderme. Elles sont mobiles et autonomes (cellules présentatrices d'antigènes = cellules clés de l'immunité cutanée).
Les mélanocytes : producteurs de radicaux libres en cas de stimulation par les UV.
Les kératinocytes : « cellules à desquamer », ayant dorénavant fait la preuve de leur rôle actif comme premières sentinelles vis-à-vis des agresseurs.

La protection des muqueuses

Là aussi, plusieurs protagonistes interviennent.
Les bactéries de notre flore digestive sont responsables de la synthèse de grande quantité d'histamine ou de tyramine et peuvent donc être source d'urticaires « toxiques ».
Le mucus : sa qualité est primordiale pour une protection efficace. Ces sécrétions fixent les particules et en assurent l'évacuation et la dégradation.
Les immunoglobulines A sécrétées fixent les particules étrangères et les rendent inertes.
Les entérocytes sont des cellules qui tapissent la surface de l'intestin.
Le MALT (système immunitaire associé aux muqueuses) : il comprend essentiellement des globules blancs, mastocytes, macrophages, lymphocytes et polynucléaires.

La sensibilisation

Réalisée en un territoire muqueux, elle initie une migration de lymphocytes T mémoire vers toutes les autres muqueuses de l'organisme. On sait que des acides aminés comme l'arginine et la glutamine, la vitamine A, le zinc, les prébiotiques (certaines fibres comme l'inuline) et les probiotiques (bactéries) sont des nutriments essentiels au maintien en bonne santé des muqueuses.

Les réactions d'allergie sont des réactions d'hypersensibilité

On les classe artificiellement en :
- réactions immédiates (type 1, dépendante des immunoglobulines E) ;
- réactions cytotoxiques (type 2) ;
- réactions à immuns complexes (type 3 : l'antigène est fixé à l'anticorps et déclenche des réactions) ;
- réactions retardées (type 4).

Les formes purement de type 1 ou 4 sont rares, bien souvent l'intrication des mécanismes est la règle. Les plus fréquemment observées en termes de maladies allergiques sont les 1 et 4. Ces types d'hypersensibilité regroupent les phénomènes d'anaphylaxie (allergie immédiate) et les maladies dites « atopiques » (association de manifestations cliniques d'hypersensibilité et de la production excessive d'IgE).

Les IgE

Si leur synthèse est déterminée en partie génétiquement, les environnements anté-, pré- et postnatal jouent un rôle tout aussi important. Le dosage des IgE totales est réalisé sur le sang du cordon chez le nouveau-né ou dans le sérum chez l'adulte. Ce dosage témoigne du caractère de bon producteur ou non d'anticorps de type E. **Ce n'est en aucun cas prédictif d'une allergie en cours**… En effet, le problème est que les sujets souffrant de parasitoses, ou ceux qui auront des taux élevés d'IgE totales

de façon génétique, auront des taux non négligeables d'anticorps pour les allergènes usuels de l'environnement **qu'ils y soient ou non allergiques**. Enfin, ces IgE sont sensibles aux allergies croisées : une allergie aux graminées peut amener des taux non nuls d'anticorps pour l'arachide sans que cela ne corresponde à une allergie à l'arachide. Leur intérêt est donc dans le suivi d'une allergie mais pas dans son diagnostic.

Les circonstances environnementales (anté-, pré- ou postnatal) viennent modifier dans un sens ou dans l'autre ce que la génétique nous a donné comme profil. Les clones ***lymphocytaires B*** sont capables de synthétiser tous les types d'immunoglobulines. Leur capacité à produire tel ou tel type d'anticorps est liée à l'ambiance hormonale immunitaire dans laquelle ils demeurent. Les ***mastocytes*** (muqueux et cutanés) et les ***basophiles*** sont les starters de l'allergie. Les ***éosinophiles*** sont des cellules pro-inflammatoires : une fois activés, ils libèrent deux types de molécules médiatrices :

- les préformés, libérés de façon instantanée, responsables de la vasodilatation et de l'augmentation de la perméabilité capillaire, de l'attraction de polynucléaires, de l'activation du système du complément, etc.
- et les néoformés qui seront responsables de la réponse retardée dans l'allergie immédiate, avec pour but de prolonger l'inflammation et d'accentuer la réponse biologique.

L'allergie retardée

Elle fait appel à une réponse cellulaire, elle ne repose pas sur les anticorps. Elle est essentiellement décrite pour l'eczéma.

- **Premier contact** : une substance se fixe aux cellules de la peau. La cellule de Langherans qui a reconnu l'allergène migre alors vers les ganglions satellites où elle présente l'allergène aux autres cellules (lymphocytes). C'est ici que l'organisme décidera du sort à donner à l'adversaire… Si l'allergie est retenue, les lymphocytes mémoire vont venir peupler les différents ganglions de l'organisme, passant alors au stade de veille et circulant de ganglion en ganglion.
- **Deuxième contact** : la substance se fixe à nouveau sur les cellules de la peau. Celles-ci appellent à nouveau les lymphocytes circulants. Un lymphocyte mémoire de l'allergène concerné le reconnaît, il migre alors à l'intérieur de la peau et tente de détruire l'adversaire en créant des lésions vésiculeuses intradermiques. Les lymphocytes spécifiques et aspécifiques affluent en masse sur le lieu de l'allergie, créant d'importantes lésions en général en 48 à 72 heures D'où le nom d'allergie retardée.

La forme clinique la plus classique en est l'eczéma, avec une infiltration épidermique réalisant ce que l'on appelle une spongiose locale.

Vraies et fausses allergies alimentaires

Les réactions adverses après ingestion d'aliments reconnaissent divers mécanismes. On oppose classiquement les réactions d'origine immuno-allergique (allergie) et les réactions non immunologiques (intolérance). Les fausses allergies alimentaires se caractérisent par des manifestations cliniques mimant celles des allergies alimentaires authentiques, mais selon un mécanisme non immunologique. Elles sont le plus souvent en rapport avec un excès d'apport en aliments riches en histamine ou histamino-libérateurs, ou bien riches en tyramine, favorisant alors l'activation cellulaire suivie d'une libération de médiateurs dont l'histamine est le chef de file.

Une enzyme intestinale, la diamine mono-oxydase (DAO), permet la dégradation de l'histamine. Toutefois, chez l'enfant jeune où cette enzyme existe en quantité normale, elle apparaît moins fonctionnelle. Ce phénomène explique qu'une quantité importante d'histamine apportée par l'alimentation ne soit pas dégradée par l'enzyme intestinale et facilite l'activation des mastocytes avec libération d'histamine et apparition de symptômes mimant les allergies.

Signes cliniques des fausses allergies

Les fausses allergies alimentaires sont moins fréquentes que les vraies allergies alimentaires. Le rapport est d'une fausse allergie alimentaire pour 4 vraies allergies alimentaires. Les fausses allergies alimentaires sont plus fréquentes chez le jeune enfant, du fait d'un système enzymatique intestinal peu fonctionnel pour métaboliser l'histamine apportée par l'alimentation. Les explorations allergologiques sont alors négatives. Les signes cliniques sont toujours moins sévères que dans une allergie alimentaire. Ils correspondent généralement à des signes cutanés (eczéma, urticaire, œdème), plus rarement respiratoires (toux, sifflements, asthme). Le choc anaphylactique n'est pas rapporté au cours des fausses allergies alimentaires. Un excès d'apport en aliments riches en histamine peut aggraver certaines dermatites atopiques.

La perméabilité intestinale et la flore intestinale peuvent être modifiées par un excès d'apport en laitages ou un excès d'apport en féculents, entraînant des signes cliniques identiques à ceux de l'allergie mais d'intensité moindre. La diminution de la consommation des aliments riches en histamine, histamino-libérateurs ou riches en tyramine (emmental, parmesan, roquefort, gouda, camembert, cheddar) permet la disparition des manifestations.

Il est donc clair – et solidement établi – que protéger une muqueuse intestinale protège des allergies Ainsi, tout ce qui vise à rétablir l'intégrité d'une barrière (peau, muqueuses) traitera les signes cliniques de la maladie allergique ! Etonnant, non ?

Philippe Fiévet
Médecin nutritionniste
Maître en sciences et biologie médicales

Médecin direct

un nouveau service exclusif pour les adhérents de la MTRL

Rendez-vous sur : www.mtrl.fr

Posez votre question par **mail confidentiel** et **un médecin vous répond** personnellement.

Mieux qu'un **site d'information médicale,** **Médecin direct** vous **rassure** sur un symptôme, sur l'évolution de votre état de santé, vous aide à **mieux comprendre** votre traitement.

Cette intervention est prise en charge par votre contrat santé MTRL.

MEDECINdirect
Des informations ou des conseils en ligne

MTRL
Une Mutuelle pour tous

HON @ CODE

Conception - réalisation Dpt Mkg GIEACM

Agence de Paris
N°Vert 0 800 844 199
APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE

Agence de Lyon
N°Azur 0 810 811 494
APPEL LOCAL D'UN POSTE FIXE

Agence de Lyon Vaise
Tél. 04 37 26 86 00

Agence de Villeurbanne
Tél. 04 37 26 86 20

Agence de Venissieux
Tél. 04 37 26 86 15

Agence de Meyzieu
Tél. 04 37 26 86 05

Agence de St-Priest
Tél. 04 37 26 86 10

Agence du Creusot
Tél. 03 85 55 01 60

Agence de Montceau les Mines
Tél. 03 85 57 33 19

Agence de Cuiseaux
Tél. 03 85 72 50 90

Agence de Louhans
Tél. 03 85 75 19 96

Agence de Mâcon
Tél. 03 85 20 06 70

MTRL Une Mutuelle pour tous - N° Imm. 777 345 067 - MUTUELLE NATIONALE RÉGIE PAR LE CODE DE LA MUTUALITÉ - Mutuelle du livre II
Siège social : 126-128 rue Pierre Corneille LYON - Adresse postale : 63 chemin Antoine Pardon 69814 TASSIN CEDEX - www.mtrl.fr
MEDECINdirect SAS au capital de 45 000 euros - Siège social : 1 chemin de Saulxier 91160 LONGJUMEAU